

記入例

柏市ひとり親家庭等医療費受給者住所等変更・資格喪失届

令和 元 年 1 1 月 〇 日

柏市長

あて

届出人 住所 柏市柏〇〇—〇〇—〇

氏名 柏 太郎

電話 123—456—7890

1 住所等変更

変更事項	変 更 前		
住 所 (市内転居)			
氏 名			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
そ の 他			

記入当日の日付，申請者の方の住所，氏名，電話番号をご記入ください。

※医療保険加入情報が変更になった場合は，変更後の医療保険加入情報が確認できるものの写しを提出してください。

2

「事実婚のため」とご記入ください。
(※一般的な事実婚と異なり，当制度はパートナーとの同居についても事実婚となります。)

理		喪失理由が 発生した日
ひとり親家庭等 なくなった	(具体的に)	平成30年 11月28日
市内に住所を有し なくなった	(転出先)	
その他	(具体的に)	

(同意事項)

*住所・氏名の変更については，必要に応じ柏市が記載について，柏市が調査することに同意します。

パートナーの方との同居を始めた日
をご記入ください。
(※記入例では住民記録上のご転入日を
記載させていただいています。)